

část A. Údaje o pojištěném (vyplňuje pojištěný)

Číslo úvěrové smlouvy (smluv) se společností Home Credit a.s. Rodné číslo /

Příjmení Jméno

Kontaktní adresa (ulice, místo, PSČ)

E-mail Telefon

Datum čerpání úvěru Datum přiznání invalidity 3. stupně

Ošetřující (praktický) lékař

Příjmení, jméno lékaře Telefon lékaře

Adresa lékaře

.....
Vyplňte jen tehdy, bylo-li úvěrovou smlouvou sjednáno pojištění výdajů **IDEAL BENEFIT, PLUS, PREMIUM** nebo **STANDARD**:

Žádám o výplatu pojistného plnění (vyberte pouze jednu možnost)

na výše uvedenou adresu pojištěného

na účet číslo - kód banky

K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete jej na adresu ČP ZDRAVÍ uvedenou níže.

- Kopie rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení nebo soudu, na základě kterého byl pojištěnému přiznán invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně
- Kopie záznamu jednání o posouzení zdravotního stavu pojištěného (doklady z Okresní správy sociálního zabezpečení)
- Ověřená kopie Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně z České správy sociálního zabezpečení s vyznačeným datem, od kterého je invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně přiznán a vyplácen
- Kopie dokladu o ukončení výkonu zaměstnání (zaměstnanci) nebo samostatné výdělečné činnosti (podnikatelé)
- Lékařem vyplněná část B) tohoto oznámení
- Kopie úvěrové smlouvy (smluv) uzavřené se společností Home Credit a.s.

Prohlášení pojištěného

Prohlašuji, že jsem před sjednáním pojištění obdržel informace určené pro zájemce o pojištění stanovené platným zněním zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, a byl jsem pojistníkem (tj. společností Home Credit a.s.) seznámen s obsahem příslušné pojistné smlouvy*, jakož i s obsahem příslušných pojistných podmínek. Současně potvrzuji, že jsem k počátku pojištění splnil podmínky stanovené pojistitelem pro přijetí do pojištění.

Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel shromažďoval a zpracovával údaje o mém zdravotním stavu nebo příčinách smrti v souvislosti se šetřením pojistných událostí ve smyslu § 50 zákona o pojistné smlouvě. Zároveň opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny sdělovat tyto údaje pojistiteli, a to prostřednictvím pověřeného zdravotnického zařízení.

Jsem si vědom skutečnosti, že pojistitel je oprávněn identifikovat účastníky pojištění a zpracovávat osobní údaje pojištěných za účelem správy pojištění a šetření pojistných událostí.

* Příslušnou pojistnou smlouvou se rozumí v případě:

- pojištění úvěrových splátek pojistná smlouva č. 19100683/2006 na skupinové pojištění dlužníků ze smlouvy o úvěru sjednané se společností Home Credit a.s.
- pojištění výdajů IDEAL BENEFIT pojistná smlouva č. 19100749/2008 na skupinové pojištění pravidelných výdajů z účelově zajištěných úvěrů nebo finančního leasingu sjednaných se společností Home Credit a.s. za účelem pořízení motorového vozidla
- pojištění výdajů PLUS, PREMIUM nebo STANDARD pojistná smlouva č. 19100771/2009 na skupinové pojištění pravidelných výdajů ze spotřebitelských, hotovostních a revolvingových úvěrů a na skupinové pojištění výdajů vzniklých zneužitím kreditní či úvěrové karty, ztrátou dokladů nebo klíčů sjednané se společností Home Credit a.s.

V _____ dne _____ Podpis pojištěného _____

část B. Lékařská zpráva (vyplňuje ošetřující lékař)**Pacient**Příjmení Jméno Rodné číslo / **Zdravotní stav pacienta**Invalidita 3. stupně přiznána od

Diagnóza, pro kterou byla invalidita 3. stupně přiznána (v případě více dg. uveďte jejich procentní podíl)

Datum prvního záchytu
onemocnění/vzniku úrazu

▶ Diagnóza 1	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Diagnóza 2	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Diagnóza 3	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Diagnóza 4	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>
▶ Diagnóza 5	<input type="text"/>	Procentní podíl	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V dne Razítko a podpis
lékaře*Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient).*